

ANNÉE 1941

N°

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Raymond BONNAUD

Né le 22 Septembre 1914 à Tours (Indre-et-Loire)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES EFFETS DE L'INSULINOTHÉRAPIE
DANS LES AFFECTIONS MENTALES

(Résultats obtenus dans le service de Psychiatrie
de l'Hospice Bretonneau à Tours)

Président de Thèse : M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1941

ANNÉE 1941

N°

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Raymond BONNAUD

Né le 22 Septembre 1914 à Tours (Indre-et-Loire)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES EFFETS DE L'INSULINOTHÉRAPIE
DANS LES AFFECTIONS MENTALES

(Résultats obtenus dans le service de Psychiatrie
de l'Hospice Bretonneau à Tours)

Président de Thèse : M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1941

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	POLONOVSKI
Bactériologie	ROBERT DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLERY-RADOT.
Pathologie chirurgicale.....	MONDOR.
Anatomie pathologique.....	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée....	HENRI BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	CHIRAY.
	ABRAMI.
Clinique médicale.....	FIESSINGER.
	LOEPER
	RATHERY.
	LEREBOULLET.
	NOBECOURT.
	LAIGNEL LAVASTINE.
Hygiène et clinique de la première enfance	GOUGEROT.
Clinique des maladies des enfants.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies mentales et des ma-	LEMIERRE.
ladies de l'encéphale.....	CUNEO
Clinique des maladies cutanées et syphi-	GOSSET
litiques	GREGOIRE
Clinique des maladies du système nerveux	LENCRMANT.
Clinique des maladies infectieuses.....	VELTER.
	CHEVASSU.
Clinique chirurgicale.....	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique ophtalmologique.....	LEVY-SOLAL.
Clinique urologique	MOCQUOT.
	OMBREDANNE.
Clinique d'accouchements.....	HARVIER.
	LEMAITRE.
Clinique gynécologique.....	PIERRE DUVAL.
Clinique chirurgicale infantile et ortho-	M. VILLARET.
pédie	TROISIER.
Clinique thérapeutique médicale.....	
Clinique oto-rhino-laryncologique.....	MATHIEU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	LAUBRY.
Clinique propédeutique.....	CLOVIS VINCENT.
Clinique de la Tuberculose.....	N...
Clinique chirurgicale orthopédique de l'a-	
dulte	HAZARD.
Clinique cardiologique	MULON.
Clinique de neuro-chirurgie	OLIVIER.
Assistance Médico-Sociale.....	SANNIE.
	VERNE.
Professeurs sans chaire.....	

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

MM.

Pathologie chirurgicale.. AMELINE.
 Pathologie médicale..... BARIETY.
 Pathologie médicale BERNARD ETIENNE.
 Hydrologie..... BESANCON JUSTIN.
 Bactériologie..... BONNET.
 Chimie BOULANGER.
 Pathologie médicale..... BOULIN.
 Pathologie médicale..... BROUET.
 Histologie BULLIARD.
 Pathologie médicale..... CACHERA.
 Anatomie CORDIER.
 Pathologie médicale COSTE.
 Urologie COUVELAIRE.
 Anatomie pathologique DELARUE.
 Pathologie médicale DELAY.
 Physique DEGREGZ H.
 Médecine légale DESOILLE.
 Obstétrique DIGONNET.
 Physique DOGNON.
 Pathologie chirurgicale FEVRE.
 Pathologie chirurgicale. FUNCK-BRENTANO
 Parasitologie GALLIARD.
 Pathologie médicale GARCIN.
 Anatomie pathologique Mlle GAUTHIER-VILLARS
 Pathologie médicale.... DE GENNES.

Histologie GIROUD.
 Pathologie médicale..... HAGUENAU.
 Oto-rhino-laryngologie . HALPHEN.
 Hygiène JOANNON.
 Obstétrique LACOMME
 Obstétrique LANTUEJOUL.
 Parasitologie LAVIER.
 Pathologie médicale LELONG.
 Pathologie expérimentaleLEMAIRE.
 Pathologie médicale ... LENEGRE.
 Pharmacologie Mlle J. LEVY.
 Pathologie médicale MARCHAL.
 Pathologie chirurgicale MENEGAUX.
 Pathologie médicale ... MOLLARET.
 Pathologie médicale MOUQUIN.
 Pathologie chirurgicale . PATEL.
 Pathologie chirurgicale . PETIT-DUTAILLIS.
 Ophtalmologie RENARD.
 Physiologie RICHET.
 Pathologie chirurgicale . SENEQUE.
 Pathologie chirurgicale . SICARD.
 Pathologie médicale SOULIE.
 Obstétrique SUREAU.
 Pathologie médicale TURPIN.
 Pathologie chirurgicale . WILMOTH.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

MM.

Pathologie chirurgicale.. ALGLAVE.
 Pharmacologie BUSQUET.
 Physiologie CHAILLEY-BERT
 Obstétrique GUENIOT.
 Pathologie chirurgicale.. HEITZ-BOYER.

Anatomie pathologique. HUGUENIN.
 Obstétrique LE LORIER.
 Parasitologie NEVEU-LEMAIRE.
 Médecine légale..... PIEDELIEVRE.
 Obstétrique VAUDESCAL.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.
ALAJOUANINE.
BRULÉ.
CATHALA.
HABROL.
CHEVALIER.
JONZELOT.
JUVOIR.
GASTINEL.
LAROCHÉ G.
LIAN.
MOREAU.
SEZARY.

Clinique
médicale.

MM.
BASSET.
BROCQ.
CADENAT.
FEY.
GATELLIER.
de GAUDART
d'ALLAINES
LEVEUF.
MOULONGUET
MOURE.
QUENU.

Clinique
chirurgicale

MM.

ECALLE
METZGER
PORTES
VIGNES

Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

Education physique
Radiologie clinique.....
Stomatologie
Puériculture'

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé.
LEDoux-LEBARD.
RUPPE.
WEIL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE

Mort pour la France le 24 mai 1917

A MA FEMME

*Qu'elle veuille bien recevoir
ce faible témoignage de ma
profonde affection.*

A MA GRAND'MERE, A MA MERE, A MON ONCLE

*En remerciement des sacri-
fices qu'ils ont fait pour moi.*

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LAIGNEL-LAVASTINE

Professeur de Clinique des Maladies mentales
et de l'Encéphale

Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

*En remerciement d'avoir ac-
cepté la présidence de cette
thèse.*

*En témoignage de notre res-
pectueuse admiration.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GUILLAUME LOUIS

Directeur de l'Ecole de Médecine de Tours
Chirurgien-Chef de l'Hôpital Bretonneau
Membre Correspondant National de l'Académie de Chirurgie
Commandeur de la Légion d'Honneur

En témoignage de reconnaissance pour le soutien qu'il n'a jamais cessé de nous fournir.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR FROMENTY

Chargé de Cours à l'Ecole de Médecine
Médecin-Chef du service de psychiatrie
de l'Hôpital Général Bretonneau

Qui fut un bienveillant patron d'internat et qui nous inspira le sujet de cette thèse.

A MES MAÎTRES D'INTERNAT

MONSIEUR LE PROFESSEUR BONNIN

Professeur d'Histologie
Médecin-Chef du Sanatorium le Jouteux

MONSIEUR LE PROFESSEUR FAIX

Professeur de clinique Obstétricale
Accoucheur en chef de la Maternité

A MES MAITRES
DE L'ECOLE DE MEDECINE DE TOURS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GAUDEAU

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DENOYELLE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CHEVE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR A. VIALLE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DESBUQUOIS

A MES COMPAGNONS DE CAPTIVITE

INTRODUCTION

Depuis l'époque où les travaux de SAKEL ont fait connaître les résultats obtenus à la clinique psychiâtriques de Vienne par l'insulinothérapie, on s'est mis de toutes parts à traiter la schizophrénie (appelée souvent en France démence précoce) par l'insuline, où, plus exactement, par le coma insulinique. La méthode a trouvé tout de suite des enthousiastes et des détracteurs. Les auteurs viennois et suisses qui ont, les premiers, expérimenté la méthode, étaient d'accord pour affirmer que les résultats étaient d'autant meilleurs qu'elle était appliquée à des schizophrènes dont la maladie mentale n'était plus récente. Pour ces auteurs la méthode était vraiment intéressante que dans les six premiers mois de la maladie.

En France, où la notion de schizophrénie est beaucoup plus limitée, c'est-à-dire synonyme de démence précoce, on préfère éliminer du cadre des schizophrénies les cas de psychoses ressortissant à la confusion mentale, à la psychose maniaco-dépressiven affections qu'il est parfois si difficile de séparer de la schizophrénie dans les premières phases de la maladie.

C'est pourquoi, très vite, on a eu conscience que si l'insulinothérapie était efficace dans le traitement des maladies mentales, il y avait avantage à ne pas en limiter l'emploi à la schizophrénie confirmée, d'autant plus que très souvent l'insuline ne se révèle efficace dans la schizophrénie que justement lorsque cette schizophrénie ne peut être encore que soupçonnée.

Les observations qu'on trouvera rassemblées dans ce travail sont celles que nous avons pu prendre nous-même pendant la période où nous étions interne dans le service de psychiatrie de l'Hôpital Bretonneau de Tours.

La discussion des résultats en sera, comme toujours, rendue délicate par la difficulté qu'il y a à poser, dès le début d'une maladie mentale éclatant dans la jeunesse le diagnostic de schizophrénie. Comme on le verra plus loin, les observations de schizophrénie certaine ou très probable ne sont pas les plus nombreuses dans ce travail. Nous espérons cependant qu'elles pourront contribuer à permettre de préciser les indications de l'insulinothérapie dans ces états où sous des apparences d'anxiété ou de confusion mentale, se prépare cette grave déchéance cérébrale que l'on appelle schizophrénie ou démence précoce.

En outre, on verra par ces observations que si l'insulinothérapie ne donne pas toujours des résultats certains dans la schizophrénie, on peut attendre d'elle des effets thérapeutiques très utiles dans les psychoses

intermittentes et particulièrement dans les mélancolies aiguës ou très lentes.

Même dans certains délires hallucinatoires chroniques (paraphrénies) on a pu obtenir par elle des résultats, partiels évidemment mais cependant non négligeables.

PLAN

Le plan de notre travail sera le suivant :

Dans un premier chapitre, le lecteur trouvera les observations que nous avons recueillies et que nous avons groupées ainsi :

1° *Schizophrénies probables ou certaines*

- A — Schizophrénies guéries
- B — Schizophrénies améliorées
- C — Schizophrénies non améliorées

2° *Psychoses maniaco-dépressives*

- A — Psychoses maniaco-dépressives guéries
- B — Psychoses maniaco-dépressives améliorées
- C — Psychoses maniaco-dépressives non améliorées

3° *Délires hallucinatoires chroniques*

- A — Délire hallucinatoire chronique amélioré
- B — Délires hallucinatoires chroniques non améliorés.

Dans un deuxième chapitre nous discuterons les résultats thérapeutiques obtenus, qui nous permettront des conclusions.

Ce travail étant fait dans la zone des armées, avec le secours d'un nombre très restreint d'ouvrages bibliographiques, nous demandons l'indulgence de nos maîtres pour les lacunes inévitables qu'il contient.

CHAPITRE PREMIER

OBSERVATIONS

1. — Schizophrénies

A — SCHIZOPHRÉNIES GUÉRIES

Observation n° 1. — C., femme C., 27 ans. Entre le 3 décembre 1938 présentant de la mélancolie anxieuse avec agitation dangereuse (impulsion au suicide), de la confusion mentale, des hallucinations polysensorielles très actives, des idées de persécutions, un mauvais état général.

Les antécédents de cette malade sont inconnus.

Le 21 décembre, elle présente un état de mélancolie confusionnelle allant jusqu'à la stupeur avec impulsion (bris de carreaux), de la sitiophobie, du gâtisme.

Nous pensons à ce moment qu'il peut s'agir d'une évolution schizophrénique.

Nous lui faisons un traitement par injections d'insuline à doses progressives allant de 20 unités le 21 janvier 1939 à 110 unités le 3 février. Il se produit

une amélioration certaine. Nous faisons une nouvelle série d'injections d'insuline de 60 unités le 14 février, à 90 unités le 17 février.

La malade sort guérie le 3 mars 1939.

En résumé : il s'agit d'une malade atteinte de mélancolie anxieuse avec tentatives de suicide, sitio-phobie, stupeur, hallucinations polysensorielles très actives, mauvais état général et suspicion d'évolution schizophrénique. Guérison complète et rapide par l'insulinothérapie.

Observation n° 2. — G... Paul, 27 ans. Entre le 18 juin 1938 présentant de la confusion mentale avec anxiété et impulsion au suicide, des idées actives non systématisées de persécution, des hallucinations. Au cours d'un épisode anxieux, il s'est jeté du deuxième étage d'un hôtel, se produisant une fracture de Dupuytren bilatérale. Il présente de plus un mauvais état général.

Dans les antécédents, on note que le père du malade, marin au long cours, s'est marié à 67 ans. Il est mort à 82 ans. Il a deux sœurs et un frère actuellement bien portants. Mais une de ses sœurs fut atteinte, après un accouchement, de délire de persécution.

Le malade est marié et a un enfant.

Il y a un an, au retour d'une période militaire, il se montra très excité.

Il se trouve à Tours depuis trois jours, venu de Brest accomplir un stage de quatre mois dans une

banque, mais il croyait qu'on se moquait de son travail.

Nous lui faisons une cure d'insuline de 20 unités le 21 juin, à 50 unités le 30 juin. Il ne se produit pas d'amélioration. Nous lui faisons une deuxième cure de 20 unités le 12 juillet, à 50 unités le 18 juillet. Le malade est toujours dans le même état et présente des idées de suicide très actives.

Nous lui faisons un troisième traitement d'insuline de 20 unités le 22 juillet, à 60 unités le 6 août. Il ne s'améliore pas, et le 10 août un certificat constate qu'il est atteint de mélancolie anxieuse avec idées polymorphes de persécution. Nous lui faisons une quatrième cure d'insuline de 20 unités le 9 septembre, à 70 unités le 23 septembre. Il se produit alors une amélioration lente et le malade part, guéri le 4 janvier 1939. Nouvelles excellentes depuis lors.

En résumé : il s'agit d'une poussée schizophrénique, avec anxiété, hallucinations polysensorielles, tentatives de suicide, refus d'alimentation. Il s'est produit une guérison parfaite après quatre cures d'insuline.

B — SCHIZOPHRÉNIES AMÉLIORÉES

Observation n° 3. — B.. Raymonde, 17 ans. Entre le 27 septembre 1938 présentant de la pantophobie, de l'agitation et un tic de crachement avec un fond de débilité mentale. Elle présente, en plus, un corps thyroïde augmenté de volume.

Les antécédents de la malade sont inconnus.

Nous lui faisons un traitement par l'insuline qui va de 20 unités le 6 octobre à 50 Unités le 14 octobre. Le 11 octobre elle est déjà plus calme. Ses tics ont disparus ainsi que le délire, mais elle reste débile et puérile. L'amélioration continue et elle sort en apparence guérie le 24 novembre 1938.

La malade revient le 20 août 1939 en présentant de la pantophobie, de l'agitation anxieuse et du mutisme. Nous faisons une nouvelle cure d'insuline de 30 unités, le 23 août à 35 unités le 2 septembre.

Le 3 septembre la malade est dans un état catatonique, elle présente du mutisme, de la flexibilité cireuse, des sourires inadéquats et refuse de s'alimenter.

Cependant elle s'améliore lentement et progressivement et elle sort le 26 janvier 1940.

En résumé : il s'agit d'une schizophrénie avec hallucinations polysensorielles, alternant avec de la catatonie, et avec un fond de débilité mentale ; améliorée (guérison sociale) deux fois par l'insulinothérapie.

Observation n° 4. — M... Madeleine, 25 ans. Entre le 25 juin 1938 présentant des idées délirantes non systématisées d'indignité, avec impulsion au suicide, des propos ayant un caractère schizophrénique très avancé, des troubles très marqués des associations des idées coexistant avec une absence de confusion mentale, du refus de l'alimentation avec agitation intermittente.

Dans les antécédents on note que la mère est nerveuse et inquiète.

Nous lui faisons une première cure d'insuline de 20 unités le 28 juin, à 60 unités le 6 juillet.

Cette cure n'amène pas de résultat et le 10 juillet la malade présente un état de mélancolie avec idées délirantes polymorphes d'auto-accusation et anxiété paroxystique. Une deuxième cure d'insuline de 20 unités le 20 juillet à 50 unités le 28 juillet n'amène pas d'amélioration. Nous lui faisons alors une troisième cure d'insuline de 20 unités le 25 août, à 120 unités le 9 septembre.

Celle-ci entraînera une amélioration lente et progressive et la malade part le 24 octobre 1938.

En résumé : Poussée schizophrénique aiguë avec troubles associatifs marqués et idées d'indignité. Après plusieurs cures d'insuline, amélioration suffisante pour avoir permis la reprise de la vie familiale depuis un an et demi.

C — SCHIZOPHRÉNIES NON AMÉLIORÉES .

Observation n° 5. — V..., femme T..., 25 ans. Entre le 5 mars 1938 présentant de l'agitation, des idées délirantes, de la fabulation, de la pantophobie, des idées de persécution avec anxiété et insomnie.

Dans les antécédents, on note que la mère est morte à 42 ans dans un service de chirurgie après avoir présenté de la paralysie, et semble-t-il, de la confusion mentale. Le père fut atteint de délire hallucinatoire pendant la guerre de 1914-1918. Il s'améliore très lentement et sortit guéri en 1934.

La malade fut, jusqu'à ces dernières semaines, bien portante ; elle est mariée et a un enfant de trois ans. Sa maladie débuta après une broncho-pneumonie de son enfant, par une tristesse progressive.

A l'hôpital, elle se montre confuse et jalouse d'une infirmière qu'elle prend pour sa sœur. Elle a des impulsions violentes.

Le 25 mars 1938, nous entreprenons un traitement par le soufre colloïdal injectable qui ne donne pas de résultat. Le traitement par le coma insulinique est entrepris et va de 20 unités le 26 avril à 120 unités le 25 mai. A ce moment nous interrompons le traitement, car la malade ne va pas mieux et présente de l'indifférence, des hallucinations verbales psychomotrices, du gâtisme et des impulsions malignes.

Après quelques semaines de cet état, la famille insiste pour la reprise d'une cure d'insuline qui va de 30 unités le 5 juillet à 60 unités le 18 juillet.

Après ce traitement, la malade qui était bizarre, maniaque, riant sans cesse, grossière et ordurière, se calme et se met au travail.

Nous faisons une sortie d'essai le 28 juillet 1938 mais elle revient le 3 septembre pour crises de fureur agressive contre sa famille.

Depuis elle se montre toujours revendicative, violente et méchante.

En résumé : Schizophrénie à caractère évolutif. Une première cure par le coma insulinique reste sans effet. Une deuxième cure aboutit à une amélioration de l'humeur et du caractère avec un retour partiel de

l'activité. Rentrée dans sa famille, la malade, au bout de 5 semaines redevient persécutée et très violente. Non guérie par l'insulinothérapie.

Observation n° 6. — S... Renée, 21 ans. Entre le 18 mai 1936 présentant de l'excitation motrice violente, des éclats de rire explosifs du mutisme, de l'exhibitionisme érotique.

Il n'y a rien à signaler dans ses antécédents héréditaires.

La malade se surmenait, car étant institutrice; elle préparait en même temps une licence d'allemand et un diplôme d'infirmière. Les troubles sont survenus à la suite d'une déception sentimentale.

Son état s'améliore très vite et elle part le 23 mai 1936.

Elle revient le 17 juin de la même année, confuse, délirante et très agitée.

Le 27 juin nous lui faisons un abcès de fixation qui amène une légère amélioration. La malade est plus calme, mais toujours subconfuse, ne répondant pas aux questions posées et éclatant de rire sans motif.

Cet état se maintient en présentant toutefois au mois de septembre 1938 des stéréotypies d'attitude avec masturbation très fréquente, de l'érotisme homosexuel envers une autre malade.

Le 2 mai 1939 nous entreprenons une cure d'insuline qui va de 20 unités à 75 unités le 12 mai. Il se produit une amélioration très nette et la malade com-

mence à travailler. Malheureusement le 12 juin elle retombe dans son état antérieur avec éclats de rire continus, mais elle continue le travail commencé. Nous lui faisons une nouvelle cure d'insuline qui va de 65 unités le 15 juin à 70 unités le 22 juin. En sortant du dernier coma, la malade est agitée, et parle avec le sourire, d'aller se jeter dans la Loire.

Elle est toujours dans le même état depuis cette époque.

En résumé : Schizophrénie à évolution très rapide, catatonie avec rire stéréotypé, sans changement depuis plus de 2 ans. Le coma insulinaire a modifié favorablement cet état pendant une dizaine de jours, puis retour complet à l'état catatonique antérieur. Echec de l'insulinothérapie.

Observation n° 7. — D... Lucienne, 26 ans. Entre le 5 juillet 1938 en présentant une névrose obsessionnelle avec dépression, lenteur extrême, difficulté à accomplir les actes les plus simples et de l'anxiété paroxystique.

Dans ses antécédents on note peu de chose, sinon que la malade est mal réglée.

Elle fut fiancée pendant 6 ans, mais le jeune homme s'est tué le 20 juin 1934, un mois avant son mariage dans un accident d'automobile. Elle en fut très affectée. En 1935 elle présente un début d'obsession, elle a peur de tout, d'avaler des épingles, etc. Elle présente, de plus une lenteur extrême dans ses mouvements, en raison de ces phobies. Elle s'améliore

assez vite. Au mois de mai 1937 elle est atteinte de pleurésie sérofibrineuse.

Nous lui faisons une cure d'insuline qui va de 20 unités le 6 juillet à 50 unités le 3 août. Il s'est alors produit une légère amélioration qui incite la famille à réclamer la malade qui sort le 4 août pour une sortie d'essai. Mais elle revient le 17 août en présentant de la mélancolie avec pleurs, des réactions infantiles, de l'angoisse et toujours une lenteur excessive de l'action. Nous faisons une nouvelle cure d'insuline de 20 unités le 26 août à 50 unités le 5 septembre.

Cette cure n'amène pas d'amélioration, cependant comme la malade n'est pas dangereuse elle part le 22 décembre 1938.

En résumé : névrose obsessionnelle évoluant vers la mélancolie schizophrénique. L'insulinothérapie fut sans résultat.

Observation n° 8. — R..., femme V..., 28 ans. Entre le 7 avril en présentant de l'anxiété avec mutisme, du refus d'alimentation, des impulsions violentes et tentatives de suicide par empoisonnement. Dans les antécédents on note que la malade, mariée à 18 ans a quitté son mari qui l'aurait frappée. Elle fut plâtrée à 19 ans pour une coxalgie. La cure d'insuline instituée, de 30 unités le 21 avril, à 80 unités le 6 mai, n'amène aucune amélioration. Depuis la malade est dans un état de catatonie avec mutisme et présente toujours des impulsions au suicide.

En résumé : Mélancolie stuporeuse ayant dégénéré en catatonie chronique. L'insulinothérapie a été sans résultat.

Observation n° 9. — J... Suzanne, 23 ans. Entre le 20 décembre 1938 en présentant de l'agitation, du négativisme, des rires discordants, des troubles de l'association des idées de l'incohérence du langage, des réactions violentes, des impulsions à la fugue. Dans ses antécédents on note que la grand'mère paternelle et le père étaient alcooliques.

La maladie semble avoir débuté en août 1937 par de l'énervement et du refus de l'alimentation. Elle s'améliora, mais depuis la malade ne travaille pas. Depuis une semaine elle était agitée. Elle s'enfuit par un temps glacial de chez ses parents.

La cure d'insuline instituée, de 40 unités le 27 février à 60 unités le 4 mars amène de l'amélioration. Elle devient calme et docile mais reste un peu puérile, euphorique et désordonnée.

Elle sort le 8 mai 1939, mais quelques semaines après elle meurt s'étant jetée dans le Cher.

En résumé : Schizophrénie évolutive. Amélioration importante mais non durable par l'insuline. Suicide quelques semaines après la sortie.

Observation n° 10. — T... Esther, 25 ans. Entre le 1^{er} octobre 1938, présentant de l'indifférence, du mutisme, du maniérisme stéréotypé, une aboulie telle que la malade, par moment, se laisse choir molle-

ment et reste à terre sans perte de connaissance à proprement parler, de l'impulsivité. Elle présente de plus de l'obésité avec insuffisance polyglandulaire.

Elle s'améliore légèrement, et sur la demande de sa famille sort le 15 octobre, mais elle revient le 30 octobre dans le même état.

Nous lui faisons alors un traitement par l'insuline qui va de 20 unités le 3 novembre à 90 unités le 17 novembre. Malheureusement le dernier coma est irréversible et la malade quitte le service le 19 novembre dans un état de stupeur avec insuffisance cardiaque, grave et progressive. Elle décède dans sa famille le 26 novembre.

En résumé : Schizophrénie évolutive. Décès par coma insulinique irréversible.

Observation n° 11. — D... Clotilde, 33 ans. Entre le 31 octobre 1938 en présentant de l'agitation, de la confusion mentale, des visions oniriques, de la pantophobie, de l'anxiété et de l'insomnie marquée.

Dans ses antécédents on note que la malade était très pensive, pieuse et très sensible.

La malade reste dans le même état. Le 23 janvier 1939 on constate une tuberculose du genou droit de type fongueux et au genou gauche un rhumatisme tuberculeux de Poncet.

La cure d'insuline que nous instituons, de 40 unités le 11 avril à 60 unités le 20 avril n'amène pas de résultat. Une deuxième cure, instituée sur la demande de la famille, va de 60 unités le 2 mai à 75

unités le 6 mai. Le traitement est cessé à ce moment car il se produit une hémiparésie gauche. La malade présente en plus de la palilalie.

La malade reste dans le même état et meurt le 12 août 1939.

En résumé : Evolution schizophrénique parallèle à une tuberculisation progressive. Insulinothérapie réclamée. Décès après déclenchement d'un syndrome d'hémiparésie gauche avec palilalie.

Observation n° 12. — R... Paulette, 19 ans. Entre le 22 février 1934 présentant de la dépression psychomotrice avec des idées délirantes non systématisées, du mutisme et des idées de suicide.

Dans les antécédents on note que son père s'est suicidé. Elle s'améliore lentement et part le 19 juin 1934. Elle revient le 14 octobre 1938 après une déception sentimentale, en présentant un délire de grossesse et des idées de suicide avec une diminution considérable de l'activité et une attitude haineuse à l'égard de sa mère.

Nous entreprenons une cure d'insuline qui va de 40 unités le 3 mai 1939 à 60 unités le 10 mai. Il se produit une très légère amélioration et elle sort, sur la demande de sa famille, le 30 juin 1939.

En résumé : Evolution schizophrénie lente. Insulinothérapie sans résultat bien appréciable.

Observation n° 13. — Henricka, 23 ans. Entre le 21 février 1939 en présentant un état de mélancolie avec

refus d'alimentation, de la dépression psychomotrice et de la tristesse. Nous instituons un traitement par l'insuline qui va de 20 unités le 22 février à 80 unités le 4 mars.

Il ne se produit pas d'amélioration, puisque le 5 avril nous notons qu'elle est atteinte de schizophrénie avec délire polymorphe à teinte mystique, oisiveté, indifférence, insociabilité. Elle reste depuis dans le même état, en attendant un transfert improbable en Pologne.

En résumé : Schizophrénie. Insulinothérapie sans résultat.

Observation n° 14. — J... Olga, 28 ans. Entre le 11 mars 1938 en présentant une schizophrénie caractérisée par du mutisme, du négativisme, du maniérisme et un refus habituel de l'alimentation. De plus l'état général est mauvais.

Dans ses antécédents personnels on note qu'elle fut toujours mystique, scrupuleuse. Elle est réglée très irrégulièrement.

Nous entreprenons une cure d'insuline qui va de 20 unités le 4 mai à 70 unités le 14 mai et qui n'amène pas d'amélioration. Le 20 mai la malade part dans un état général grave.

En résumé : Schizophrénie caractérisée. Insulinothérapie sans résultat.

Observation n° 15. — Robert, 18 ans. Entré le 12 février 1936 en présentant de la dissociation schizo-

phrénique du langage, des hallucinations, de l'indifférence et de l'hostilité familiale, accompagnées de troubles moteurs de type choréique. Dans ses antécédents on note qu'à 13 ans il change de caractère, devient méchant, montre de l'hostilité envers sa famille.

Il s'améliore lentement et part le 26 juin 1936.

Il revient le 24 août 1936. Nous posons alors le diagnostic de schizophrénie avec agitation motrice. Il se calme lentement mais reste confus.

En janvier 1937 nous essayons la pyrothérapie par injection de soufre colloïdale qui ne donne pas de résultat. Il part le 27 septembre 1937 sur la demande de sa famille. Il revient le 7 décembre 1938. Le diagnostic posé alors est de schizophrénie ancienne avec mutisme, hallucinations verbales psychomotrices.

Il présente de plus un syndrome adipose génital.

Nous entreprenons une cure d'insuline qui va de 40 unités le 13 février 1939 à 100 unités le 1^{er} mars. Il s'améliore légèrement et sort le 24 mars ; toujours sur la demande de sa famille, mais revient 5 jours plus tard en présentant de l'agitation, de l'impulsivité et des tics. Depuis il se trouve toujours dans le même état.

En résumé : Schizophrénie caractérisée. Insulinothérapie avec résultat négatif.

Observation n° 16. — B... André, 20 ans. Entre le 8 mars 1939 en présentant des troubles affectifs, désintérêt, inaffectivité familiale, de l'instabilité, de

l'oisiveté pathologique, des impulsions à la violence.

Nous lui faisons un traitement par l'insuline qui va de 30 unités le 17 mars à 100 unités le 30 mars. Il se produit alors une amélioration et le malade sort le 11 avril en apparence guéri.

Mais il revient le 30 mai 1939 en présentant de l'anxiété, du mutisme et de l'agitation violente. Nous faisons un deuxième traitement d'insuline, de 40 unités le 13 juin à 60 unités le 21 juin, qui n'amène aucun résultat.

Il ne s'est produit depuis aucune amélioration puisque le 14 février 1940 un certificat constate qu'il présente de la catatonie et du gâtisme.

En résumé : Schizophrénie caractérisée. Deux cures de coma insulinaire n'ont amené aucun résultat.

2. — Psychoses maniaco-dépressives

A. — PSYCHOSES MANIACO-DÉPRESSIVES GUÉRIES.

Observation n° 17. — B..., femme L..., 57 ans. Entre le 7 janvier 1935 en présentant de la dépression mentale avec des accès anxieux. Elle s'est livrée à une tentative de suicide. Il n'y a rien à signaler dans ses antécédents. Elle s'améliore lentement et sort le 2 mars 1935.

Elle revient le 18 octobre 1938 en présentant de la mélancolie avec anxiété paroxystique, des idées délirantes non systématisées de persécution à base d'hallucinations de l'ouïe et d'interprétations, de l'impul-

sivité. Nous entreprenons un traitement par l'insuline qui va de 20 unités le 22 octobre à 50 unités le 2 novembre. Sa psychose change de forme ; elle présente de la subexcitation, de l'euphorie et s'occupe avec fébrilité ce qui est son état normal.

Elle sort le 17 février. *

En résumé : Dépression mélancolique avec anxiété traînant depuis longtemps. L'insulinothérapie amène progressivement une reprise de poids, puis un changement de forme de psychose. L'état d'euphorie avec activité fébrile qui se maintient depuis la sortie est l'état habituel de la malade.

Observation n° 18. — B..., femme B..., 37 ans. Entre le 18 novembre 1937 en présentant une subexcitation, avec manifestations pithiatiques nombreuses (Anesthésies de type hystérique avec topographie mobile de jour en jour et très fantaisiste) Astasie-abasie.

Dans ses antécédents, on note un frère interné pour mélancolie anxieuse. La malade a toujours eu un caractère difficile. Elle a subi une ovariectomie double à 30 ans. Elle entre dans le service à la suite d'un accident d'automobile sans aucune gravité.

En janvier 1938 apparaissent des idées délirantes, non systématisées, de persécution, avec agressité maligne alternant avec un besoin de solitude sauvage et refus total d'alimentation. Cet état ne cessant de s'aggraver nous pratiquons l'insulinothérapie qui va de 20 unités le 25 août à 90 unités le 9 septembre. Très rapidement l'alimentation redevient normale,

la malade redevient ordonnée, active, alerte et gaie, conservant malgré tout un caractère tyrannique et ombrageux. Elle sort guérie le 17 septembre 1938.

En résumé : Psychose maniaco dépressive révélée par un accident d'automobile. La phase de mélancolie avec appoint paranoïaque a guéri rapidement par l'insulinothérapie. L'état actuel qui se maintient depuis la sortie peut être considéré malgré une sub-excitation légère comme l'état normal de la malade.

Observation n° 19 — R..., femme B..., 41 ans. Entrée le 14 juillet 1938 pour tentative de suicide par submersion. Elle présente de la mélancolie avec impulsions au suicide, de l'anxiété paroxystique.

Dans les antécédents on note une sœur morte de méningite à 36 ans, une autre sœur internée à Rennes.

C'est une fille mère (2 enfants : 17 ans et 14 ans 1/2) mariée depuis 8 ans. Elle fut opérée il y a 8 ans de cataracte. Depuis elle est toujours faible et mélancolique. Nous instituons une cure d'insuline qui va de 10 unités le 23 juillet à 40 unités le 28 juillet.

Elle s'améliore progressivement et sort guérie le 24 octobre 1938.

En résumé : Mélancolie ancienne guérie par l'insulinothérapie.

Observation n° 20. — G..., femme Le T..., 51 ans. Entre le 17 mai 1939 en présentant de la mélancolie avec refus d'alimentation, des attitudes figées, du mutisme, de l'anxiété.

Nous entreprenons une cure d'insuline qui va de 30 unités le 2 juin à 55 unités le 19 juin.

L'amélioration se produit dès le début du traitement et la malade sort guérie le 20 juin 1939.

En résumé : Mélancolie avec sitiophobie, guérison par l'insulinothérapie.

Observation n° 21. — L..., femme B... Entre le 7 octobre 1937 pour mélancolie anxieuse avec refus d'alimentation. Elle présente de plus une plaie par arme à feu de la région dorsale lombaire droite avec une plaque de gangrène superficielle mais sans lésion profonde du thorax.

Depuis un an elle ne se sentait pas bien. Depuis 3 mois elle était très tourmentée.

Son état s'améliore lentement et elle part le 29 janvier 1938.

Elle revient le 10 juin 1938 en présentant de la dépression mélancolique simple avec fugue et aboulie.

La cure d'insuline instituée par nous allant de 20 unités le 9 juillet à 50 unités le 18 juillet amène une amélioration progressive, et la malade sort guérie le 14 septembre 1939.

En résumé : Mélancolie ancienne guérie par l'insulinothérapie.

Observation n° 22. — K..., veuve D..., 58 ans. Entre le 12 janvier 1939 en présentant une tristesse morbide avec de l'anxiété et du refus intermittent de l'alimentation.

Dans ses antécédents, on note, en 1920 une première bouffée mélancolique à la mort de son mari, bouffée qui dura 3 mois. Une deuxième bouffée à la période de la ménopause (51 ans) et qui dura 2 mois. La bouffée actuelle débuta il y a 15 jours à l'occasion d'un voyage à Lourdes.

Nous instituons un traitement par l'insuline qui va de 20 unités le 15 janvier à 50 unités le 25 janvier. Son état s'améliore et la malade sort guérie le 21 mars 1939.

En résumé : Mélancolie avec refus d'alimentation, guérison par l'insulinothérapie.

Observation n° 23. — H..., femme P...; 55 ans. Entre le 30 juillet 1938 présentant de la mélancolie, des idées délirantes, non systématisées de persécution avec anxiété prédominantes du refus de l'alimentation, des hallucinations.

La maladie débuta il y a deux mois, elle refusait de donner à manger à deux nourrissons confiés à sa garde, elle voyait des gendarmes partout, et elle entendait des voix. Au cours d'un examen de sang, on découvre une réaction de Hecht légèrement positive. Nous entreprenons un traitement par l'insuline qui va de 20 unités le 8 septembre à 50 unités le 17 septembre. L'amélioration se fait sentir dès le début du traitement et la malade sort guérie le 19 septembre.

En résumé : Mélancolie avec hallucinations. L'insulinothérapie amène une guérison rapide.

Observation n° 24. — B..., femme A..., 56 ans. Entre le 24 avril 1938 présentant de la mélancolie anxieuse avec refus d'alimentation. Une cure d'insuline de 10 unités le 12 mai à 50 unités le 17 mai amène une amélioration si rapide que la malade sort guérie le 18 mai.

En résumé : Mélancolie anxieuse, sitiophobie. Guérison très rapide par l'insulinothérapie.

Observation n° 25. — V... Marie, 34 ans. Entre le 12 avril 1939 en présentant de l'agitation violente, désordonnée et impudique avec un langage incohérent à teinte mystique, des visions célestes, du gâtisme, de la confusion mentale avec des idées de persécution et du refus de l'alimentation.

Nous commençons un traitement insulinique qui va de 30 unités le 20 mai à 60 unités le 23 mai. Nous sommes à ce moment obligés de l'interrompre pour des raisons matérielles. Cependant l'amélioration qui a commencé se poursuit et la malade sort guérie le 2 août 1939.

En résumé : Confusion mentale avec agitation violente, idées de persécution, attitudes mystiques. Il s'agit probablement d'une manie atypique. Un début de cure par l'insuline suffit à amener une guérison.

Observation n° 26. — P..., femme M..., 44 ans. Entre le 12 août 1938 en présentant de l'excitation psychomotrice avec idées délirantes. Elle est atteinte en outre d'insuffisance hépatique avec amaigrissement.

Dans les antécédents on note qu'il y a 8 ans, à la naissance de son deuxième enfant, elle fit une poussée de psychose puerpérale. Depuis elle montre une irritabilité extrême avec tendance au délire de persécution. Elle s'améliore très vite et part le 27 août 1938.

Elle revient le 20 octobre 1938 à la suite d'une tentative de suicide par le gardenal. Elle présente alors de la mélancolie avec refus d'alimentation. Nous instituons un traitement par l'insuline qui va de 20 unités le 22 octobre à 50 unités le 2 novembre. Son état s'améliore et la malade sort guérie le 3 janvier 1939.

Elle revient le 15 mars en présentant de l'excitation confusionnelle.

Nous lui injectons 30 unités d'insuline le 3 avril et 40 unités le 4 avril ce qui suffit à déclencher le processus d'amélioration. La malade part guérie le 17 juin 1939.

En résumé : Psychose maniaco-dépressive. Guérison après insulinothérapie.

Observation n° 27. — S., femme G., 26 ans. Entre le 30 mai 1938 présentant de la mélancolie avec idées de persécution. Il y a un mois la malade a fait un avortement de deux mois, depuis elle est fatiguée, misérable. Elle part se reposer chez une de ses sœurs mais son beau-frère est un ivrogne.

La cure d'insuline instituée par nous va de 10 unités le 15 juin à 80 unités le 24 juin. Elle entraîne une amélioration rapide et la malade part guérie le 10 août 1938.

En résumé : Mélancolie simple, guérison après insulinothérapie.

B. PSYCHOSES MANIACO-DÉPRESSIVES AMÉLIORÉES.

Observation n° 28. — V..., femme L..., 38 ans. Entre le 3 septembre 1936 en présentant de la dépression mélancolique, des idées anxieuses avec pleurs et sanglots.

Dans les antécédents on note que la mère a des tendances mélancoliques et qu'une tante s'est suicidée. Le mari de la malade est mort il y a 4 ans d'une tumeur cérébrale, ce qui lui a causé beaucoup de chagrin.

Elle s'améliore lentement et part guérie le 5 mars 1937. Elle revient le 25 octobre 1938 en présentant de la maladie anxieuse avec délire polymorphe. Elle n'admet pas que son mari soit mort, elle croit qu'on veut lui enlever ses enfants et qu'on la rend malade. Elle désire mourir. Il y a un fond de débilité mentale. Nous instituons un traitement par l'insuline qui va de 20 unités le 27 octobre à 60 unités le 15 novembre. L'amélioration ne se produit que tardivement et la malade sort le 21 février 1939 réclamée par sa famille.

En résumé : Mélancolie avec tendance au délire d'interprétation, améliorée après insulinothérapie.

Observation n° 29. — M..., femme C..., 37 ans. Entre le 18 mars 1939 en présentant de l'anxiété avec des impulsions motrices dangereuses, de la subconfusion. Elle s'est livrée à une tentative de suicide.

Dans les antécédents on note une tante neurasthénique et une sœur hypocondriaque.

Il y a un mois la malade fit une grippe. Elle eut des cauchemars et peur la nuit. Depuis 8 jours son état mental s'est aggravé. Elle présente des hallucinations et des idées de persécution. Elle tente de se suicider.

Un premier traitement par l'insuline de 40 unités le 26 mars à 70 unités le 30 mars reste sans résultat.

Nous instituons une deuxième cure qui va de 40 unités le 11 mai à 90 unités le 20 mai. L'état de la malade s'améliore beaucoup et elle part le 11 juillet 1939.

En résumé : Mélancolie avec idées de persécution et amélioration après l'insulinothérapie.

Observation n° 30. — B..., femme H..., 33 ans. Entre le 19 avril 1938 présentant de la mélancolie anxieuse avec des idées de persécution et impulsions au suicide, des bouffées de délire jaloux de la pantophobie et du mutisme.

Dans les antécédents on note que son père a été interné. La malade a toujours eu un caractère difficile. Elle est atteinte de tuberculose pulmonaire depuis 3 ans 1/2.

Nous instituons un traitement par l'insuline qui va de 20 unités le 9 juillet à 50 unités le 18 juillet.

Son état s'améliore nettement et la malade part le 24 septembre 1938.

En résumé : Mélancolie. Amélioration après insulinothérapie.

Observation n° 31. — J..., veuve P..., 60 ans. Entre le 6 juin 1938 en présentant de la mélancolie anxieuse avec de la pantophobie et de la logorrhée. La cure d'insuline de 20 unités le 21 juin à 60 unités le 13 juillet amène une amélioration assez nette. La malade part le 30 septembre 1938 réclamée par ses enfants.

En résumé : Mélancolie sénile. Amélioration après l'insulinothérapie.

C. — PSYCHOSES MANIACO-DÉPRESSIVES NON AMÉLIORÉES.

Observation n° 32. — C..., femme D..., 45 ans. Entre le 24 mars 1939 à la suite de deux tentatives de suicide dont l'une a laissé au niveau du pli du coude gauche une coupure sans gravité. Elle présente de la mélancolie anxieuse avec confusion des idées allant jusqu'à la stupeur. La maladie débuta il y a 15 jours, elle fut bouleversée par le décès de son patron.

Un essai de traitement par l'insuline de 30 unités le 29 mars à 60 unités le 5 avril n'amène aucune amélioration. La malade le 22 avril a de la pantophobie avec des idées actives de suicide, d'auto-accusation, d'indignité. Elle se calme ensuite légèrement et sort le 22 mai réclamée par son mari.

Elle revient le 1^{er} juin, très anxieuse, confuse et agitée. Elle s'améliore un peu et sort, toujours sur la demande de son mari, le 24 juillet. Elle meurt accidentellement.

En résumé : Mélancolie anxieuse. Insulinothérapie sans résultat.

Observation n° 33. — M..., femme C..., 56 ans. Entre le 21 octobre 1938 en présentant de la mélancolie anxieuse avec des idées d'indignité et de châtement, des réactions négativistes, du cramponnement, des plaintes monotones avec pauvreté verbale.

Dans les antécédents on note que la malade fut toujours migraineuse.

Elle fut très affectée par la mort de sa fille qui s'est produite il y a 7 mois.

Nous instituons une cure d'insuline qui va de 20 unités le 25 octobre à 50 unités le 3 novembre. Elle ne s'améliore pas, et part le 26 novembre réclamée par sa famille.

En résumé : Mélancolie anxieuse. L'insulinothérapie a un résultat négatif.

Observation n° 34. — R..., femme C..., 45 ans. Entre le 31 mai 1938 dans un état cachectique en présentant de la mélancolie anxieuse avec refus d'alimentation.

Nous lui faisons un traitement par l'insuline de 20 unités le 8 juin à 50 unités le 17 juin. Le traitement n'amène aucune amélioration.

Nous instituons alors une deuxième cure de 20 unités d'insuline du 25 juin au 4 juillet qui n'amène aucune amélioration. La malade part le 28 août dans un état général grave.

En résumé : Mélancolie anxieuse, entrée dans un état cachectique grave. L'insulinothérapie n'a donné aucun résultat.

Observation n° 35. — L..., femme F..., 58 ans. Entre le 12 mai 1936 en présentant de la mélancolie avec préoccupations hypocondriaques.

Elle s'améliore et part le 20 juin.

Elle revient le 2 mars 1937 en présentant de la mélancolie anxieuse avec des pleurs. Le 28 avril elle présente un épisode confusionnel avec des idées de persécution. Puis son état s'améliore et elle part le 20 octobre 1937.

Elle revient le 12 août 1938 en présentant de la mélancolie anxieuse avec des idées hypocondriaques et refus d'alimentation.

Nous lui faisons un traitement par l'insuline qui va de 20 unités le 6 septembre à 50 unités le 15 septembre. Ce traitement n'amène aucune amélioration. La malade présente en plus de la tendance à la fugue.

En résumé : Mélancolie anxieuse. L'insulinothérapie n'a donné aucun résultat.

3. — Psychoses hallucinatoires

A. — PSYCHOSES HALLUCINATOIRES AMÉLIORÉES.

Observation n° 36. — F..., femme C..., 36 ans. Entre le 16 juillet 1938 en présentant des idées délirantes mal systématisées à base d'hallucinations auditives et cenesthésiques, de la discordance affective, alternance de jovialité et de supériorité impérieuse. Elle aurait eu un épisode de confusion mentale aiguë.

La maladie aurait débuté il y a 3 semaines par des idées vagues de persécution.

Le 30 juillet elle présente de l'indifférence, de l'autisme, des hallucinations auditives et intrapsychiques, des violences impulsives, c'est un délire hallucinatoire chronique.

Nous lui faisons un traitement par l'insuline de 20 unités le 6 septembre à 40 unités le 23 septembre.

Son état s'améliore lentement et la malade part le 15 avril 1939.

En résumé : Psychose hallucinatoire chronique. Insulinothérapie. Amélioration suffisante du caractère pour avoir permis la reprise de la vie familiale.

B. — PSYCHOSES HALLUCINATOIRES NON AMÉLIORÉES.

Observation n° 37. — C..., femme N..., 42 ans. Entre le 31 décembre 1938 en présentant de la dépression mélancolique avec état obsessionnel (tendance au délire de grossesse, impulsion à faire aux hommes des propositions malhonnêtes) de l'anxiété par oxytique et de l'insomnie.

Dans les antécédents on note que la malade est née avant terme, qu'elle fut atteinte de convulsion à 3 ans et qu'elle souffre de bronchite chronique. Nous instituons un traitement par l'insuline qui va de 20 unités le 14 mars à 100 unités le 29 mars. Ce traitement ne donne aucun résultat et au mois de mai la malade est toujours anxieuse, elle a des phobies et des hallucinations (craint d'être entraînée à des actes immoraux avec des hommes qu'elle croit entendre passer et qui l'y invitent). Elle présente de plus de l'Hirsutisme et de la débilité mentale.

En résumé : Psychose hallucinatoire chronique sur fond de débilité mentale, le coma insulinique n'a produit aucun changement.

Observation n° 38. — L..., femme P..., 63 ans. Entre le 25 avril 1938 en présentant de la confusion mentale avec nombreux troubles de la perception, illusions, paresthésies, hallucinations auditives et verbales avec défenses multiples.

Dans les antécédents on note que son mari a été interné.

Nous lui faisons une cure d'insuline qui va de 10 unités le 6 mai à 60 unités le 14 mai.

L'état de la malade ne s'améliore pas. Elle reste immobile, muette, triste et ne s'alimente que par force.

En résumé : Psychose hallucinatoire sénile. Insulinothérapie sans résultat.

CHAPITRE II

DISCUSSION

Les observations qu'on a lues ci-dessus peuvent se résumer dans le tableau suivant :

1° SCHIZOPHRÉNIES		Pourcentage
Traitées	16	
Guéries	2	12,5 %
Améliorées	2	12,5 %
2° PSYCHOSES MANIACO-DÉPRESSIVES		
Traitées	19	
Guéries	11	58 %
Améliorées	4	21 %
3° DÉLIRES HALLUCINATOIRES CHRONIQUES		
Traités	3	
Amélioré	1	33 %

Tels sont les résultats donnés par les chiffres. Mais, comme on le sait, la psychiâtrie, plus encore que tou-

te la médecine, ne saurait se résumer dans les chiffres d'une statistique. Il convient de discuter ces résultats en y ajoutant quelques remarques, en reprenant chacune de nos trois catégories de malades.

1° — SCHIZOPHRÉNIES TRAITÉES.

Les résultats obtenus par nous dans cette maladie ne paraissent pas, de loin, si brillants que ceux qui résultent des statistiques viennoises ou suisses.

On remarquera tout d'abord que les deux premiers cas ayant abouti à une guérison totale et durable concernent deux malades traités dans les tout premiers jours de la maladie ; évidemment ces deux malades ont, dès le début, présentés quelques signes de discordance (hallucinations, impulsions violentes, tentatives de suicide) tous deux étaient malades pour la première fois, n'avaient que 27 ans, et, par conséquent, on pouvait chez eux, sans être taxé de pessimisme, redouter une évolution rapide vers la démence précoce. Mais, cependant il ne faut pas oublier qu'à ce moment, c'est-à-dire si précocement, beaucoup de psychiatres auraient répugné à porter sur ces deux malades ce diagnostic et se seraient contentés de ceux de mélancolie confusionnelle pour l'observation n° 1, de confusion mentale pour l'observation n° 2, tant il est vrai que le diagnostic de schizophrénie reste extrêmement délicat, pour ne pas dire impossible, pendant la période aiguë initiale de la maladie.

Les mêmes remarques s'appliquent aux observa-

tions n° 3 et n° 4. L'observation n° 5 concerne encore un cas aigu, évolutif, et qui bien que traité précocement n'a cessé d'aller, à marche forcée, vers la déchéance schizophrénique.

Même observation pour les cas 8, 9, 10 et 11. Dans ces deux derniers cas 10 et 11, l'insuline n'a pas été étrangère au décès. Il faut cependant ajouter que dans le premier cas existait un syndrome d'insuffisance polyglandulaire (obésité) et dans le deuxième cas une tuberculose polyarticulaire qui peut avoir contribué à cette évolution maligne.

Le cas 7 et le cas 12 concernent deux jeunes filles ayant présenté de nombreux symptômes de la série obsessionnelle, chez qui le délire n'a jamais été très développé, et dont la personnalité restée infantile n'a pas montré de tendance marquée à la dislocation schizophrénique. Par contre, dans ces deux cas, existaient de gros troubles de l'affectivité à l'égard de la famille et de l'activité. Dans ces deux cas, résultat absolument négatif de l'insuline.

Dans tous les autres cas qui concernent des démences précoces confirmées, les résultats sont restés absolument négatifs.

Ainsi, nous pouvons admettre que chez nos schizophrènes l'insuline n'a joué un rôle efficace que dans les cas tout à fait au début, cas où on était en présence de syndromes aigus confusionnels et mélancoliques qui pouvaient bien, évidemment, être le premier temps d'une schizophrénie, mais sans qu'on ait pu cependant l'affirmer.

Au contraire, l'insuline n'a eu aucune action sur les schizophrénies confirmées.

2° PSYCHOSES MANIACO DÉPRESSIVES TRAITÉES

Si l'on prend en valeur absolue les chiffres de notre statistique, les résultats obtenus par nous dans cette maladie en appliquant l'insulinothérapie paraissent extrêmement favorables. Nous savons bien que théoriquement et presque par définition, la psychose maniacale dépressive a une bonne réputation et on écrit assez facilement qu'elle est très curable. Cependant, si l'on parcourt un service de chroniques dans un hôpital psychiatrique, que de lits on trouvera occupés par des mélancoliques chroniques auxquels personne n'accorde plus la moindre attention depuis longtemps, et qui, mangeant de moins en moins, se cachectisent lentement et meurent mélancoliques, bien que la maladie soit réputée des plus curables.

Plus rares peut-être, mais cependant point du tout exceptionnels dans ces mêmes services, ces maniaques chroniques qui meurent d'apoplexie cérébrale après avoir passé trente ans ou plus dans le même asile.

Or la plupart des malades de la série maniacodépressive que nous avons traités par l'insuline étant des mélancoliques qui paraissaient devoir s'éterniser dans la maladie, il nous semble que le résultat obtenu chez ces malades par l'application de l'insulinothérapie est plus intéressant qu'il n'y paraît au premier abord.

C'est une notion courante que les chocs (traumatismes, cataclysmes politiques ou sociaux, émotions fortes) sont susceptibles de déclancher chez les cyclothymiques des changements de phase. Le problème thérapeutique dans les psychoses maniaco-dépressives où une phase grave, par ses réactions, n'arrive pas à se terminer, paraît dont être de provoquer un choc. Il semble que le coma insulinaire reste dans l'état actuel de la science, le choc thérapeutique le plus efficace et le plus maniable que nous ayons à notre disposition.

Indépendamment de cette conception il importe de souligner l'intérêt immense que présente l'insuline comme traitement symptomatique de la sitiophobie et du refus alimentaire dans la mélancolie, et dans toutes les formes d'anorexie mentale. Ce n'est pas un faible mérite de l'insuline que d'avoir remplacé avantageusement l'appareil dramatique (et impressionnant) que constituait jusqu'à elle la pratique de la sonde œsophagienne si pénible pour la malade comme pour le médecin.

3° DÉLIRES HALLUCINATOIRES CHRONIQUES TRAITÉS

Il y a peu à dire au sujet des délires hallucinatoires chroniques traités. Les circonstances, plus qu'une idée préconçue, ont présidé à ces traitements. Il est déjà beau qu'une amélioration non négligeable ait pu être obtenu par l'insuline dans un cas sur trois.

CONCLUSIONS

1. — Faute de critère diagnostic sûr, il est difficile de se faire actuellement une opinion sur la valeur thérapeutique du coma insulinique dans la schizophrénie au début.

Tous ceux de nos cas guéris ou améliorés par l'insuline pouvaient être des mélancolies ou des confusions mentales aiguës qui auraient pu guérir sans elle.

2. — Comme cela découlait logiquement de cette affirmation, l'insulinothérapie nous a, par contre, donné des résultats excellents dans les cas trainants de mélancolie. Il semble que le coma insulinique soit actuellement le choc thérapeutique le plus maniable et le plus efficace qui soit à notre disposition pour provoquer chez les cyclothymiques un changement de phase, ce qui est souvent synonyme de guérison pratique.

3. — L'insuline à dose faible augmentant progressivement jusqu'au seuil du coma est le meilleur traitement du symptôme sitiophobie ou refus d'alimentation.

Vu : le Doyen de la Faculté,
BAUDOUIN.

Vu : le Président de thèse,
LAIGNEL-LAVASTINE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Doyen de la Faculté des Sciences
chargé des fonctions de Recteur de l'Académie de Paris

CH. MAURAIN

BIBLIOGRAPHIE

SAKEL. — Nouvelle méthode de traitement de la Schizophrénie (Vienne, 1935 — en Allemand).

MARQUET (G.). — Le traitement des psychoses schizophréniques par le choc insulinique. Thèse de Paris, Jouve et Cie, Edit., 1937.

ABELY (P.). — Le traitement actuel de la démence précoce et d'autres psychoses par l'insuline et le cardiazol. (*Annales médico-psychologiques*, avril 1939).

BONNEAUD (A.). — Contribution à l'étude des récidives dans les psychoses schizophréniques traitées par le choc insulinique ou par le cardiazol. Thèse Paris, Vigot frères, Editeurs, 1937.
